# ANEXO II

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS Y FUENTES DE RADIACIÓN

|  |
| --- |
| Solicitante (\*):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Deberá colocarse el nombre completo de la sociedad, institución, entidad, fundación, asociación, otros, según el caso, y si fuera propietario, el nombre completo de éste. |
| Propietario ☐ Representante Legal ☐ Apoderado ☐ Delegado ☐* Las personas jurídicas harán la solicitud a través de su representante legal, quien deberá acreditar la personería y la existencia de su representada, adjuntando copia de la documentación respectiva cuando es primera vez que se realiza el trámite o los efectos de los mismos se hubiesen extinguido por causas legales.
* En caso de actuar a través de apoderado o por delegación, éste deberá presentar copia de la documentación con la que acredita tal calidad.

Nombre completo\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Nombre del representante legal, apoderado o delegado, según el caso. |
| Documento de identificación personal:☐ N° DUI:\_     ☐ N° Carnet de Residente: \_     ☐ N° Pasaporte:      \_ |
| Dirección donde realizará la actividad o práctica:  |
| Lugar para oír notificaciones: \_ \_\_\_\_\_Teléfono celular: \_     \_\_\_ correo electrónico: \_\_     @­­­­­     \_Teléfono fijo: \_     \_\_\_   |
| Describa la práctica que pretende realizar con la o las fuentes de radiación: |
| Identificación de las fuentes radiactivas |
| Fuente radiactivao radionúclido | Fabricante | Modelo  | Actividad inicial y fecha de referencia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Identificación de equipos o generadores de rayos X |
| Tipo de equipo  | Marca | Modelo | Parámetros máximos de voltaje (kV) | Año de fabricación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  Lugar y fecha Firma

\*Si la solicitud es presentada por un tercero deberá legalizar la firma del peticionario.

\*En la solicitud se podrá autorizar a una persona con nombre completo y número de documento de identificación personal para que reciba notificaciones y la autorización que se emita.

Espacio para uso de la Dirección de Protección Radiológica:

|  |
| --- |
|  Nº Registro:Otros requisitos regulatorios: Si\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Práctica o actividad:  |
| Construcción [ ]   |
| Importación [ ]   |
| Operación [ ]   |
| Exportación [ ]   |
| Transporte [ ]  |
| Servicios Técnicos [ ]   |
| Otros:  |
|  |
| Nombre y firma del inspector:  |